

足月产后胎盘植入大出血报道 1 例

何春花(青海省湟源县人民医院 812100)

【关键词】 胎盘植入; 大出血; 足月产

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.02.068 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)02-0248-02

本院收治了 1 例足月产后胎盘植入大出血患者,现报道如下。

1 临床资料

患者 26 岁,于 2010 年 8 月 14 日以孕 2 产 1,孕 40 周临产,规律宫缩 3 h,未见红及破水入院,查:体温 36.8℃,脉搏 80 次/分,血压 110/80 mm Hg,发育正常,营养中等,自动体位,心肺无异常。产科检查,宫高 36 cm,宫缩强。胎心 140 次/分,胎头已入盆,先露居“O”位,宫口开 6 cm,胎膜未破,骨盆内外测量均在正常范围内,血常规检查白细胞 $9.0 \times 10^9/L$,红细胞 $3.63 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 120 g/L,B 超示 BPD 93 mm,羊水最大暗区 50 mm,胎盘Ⅲ级位于子宫左侧壁。该产妇 4 年前第一胎因前置胎盘行剖宫产术。诊断:孕 2 产 1 孕 40 周临产,瘢痕子宫。因患者及家属拒绝行二次剖宫产术,经试产观察 3 h 后,因宫缩乏力给予静脉滴注 1:100 缩宫素加强宫缩,15:00 宫口开全,15:30 行会阴侧切以头位助娩一男活婴,羊水三度污染,量少约 100 mL,呈青紫窒息,立即清理呼吸道,喷氧后哭声转佳,阿氏评分 1 min 7 分,5 min 8 分,新生儿体质量 3 kg,约 10 min 后胎盘迟迟不剥,15 min 后胎盘滞留行手剥胎盘时胎盘植入深,面积大,徒手剥离困难,随后阴道大量出血约 2 500 mL,患者出现神志不清,面色苍白,两眼上翻,口吐白沫,出现急性失血性休克,血压 0/0 mm Hg,立即建立 3 条静脉通道,吸氧,输入红细胞悬液 2 U,静脉推注碳酸氢钠 300 mL,急查血常规:红细胞 $1.58 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 48 g/L,查心电图窦性心动过速 108 次/分,前侧壁心肌缺血,下壁心肌缺血,查凝血 4 项:活化部分凝血活酶时间(APTT)118 s,凝血酶原时间(PT)20.2 s,凝血酶时间(TT)21.7 s,纤维蛋白原 0.697 g/L,试管法凝血时间 20 min,宫腔填塞 20 块纱布(纱布首位相接),压迫止血,继续输入红细胞悬液 6 U,输入乳酸钠 1 500 mL,706 代血浆 500 mL,多巴胺 100 mg,葡萄糖酸钙 40 mL,地塞米松 20 mg,654-2 注射液 40 mg,氨甲环酸 1.0 g,头孢唑辛钠 3.0 g,速尿 20 mg,经过积极的抢救,血压回升 90/60~100/80 mm Hg,神志转清,能回答问题,同时向患者及家属交代病情,家属同意后在连续硬膜外麻醉下行子宫次全切除术,术中见子宫前壁、侧壁被胎盘附着并部分植入,子宫壁薄,呈软水袋状,术中出血约 800 mL,输入红细胞悬液 2 U。手术较顺利,生命体征平稳,术后患者血压 100/70 mm Hg,术后 4 h 复查血常规:红细胞 $1.94 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 62 g/L,术后 2 d 内继续输入红细胞悬液 6 U,抗炎对症治疗,5 d 后复查血常规:红细胞 $4.05 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 86 g/L,术后第 8 天拆线见切口 I 期/甲级愈合痊愈出院。出院诊断:(1)孕 2 产 2,40 周顺产;(2)部分性胎盘植入并发大出血;(3)失血性休克;(4)子宫次全切除术。

2 讨论

胎盘植入是指胎盘绒毛因子宫蜕膜发育不良等原因而植入子宫肌层。任何原发性蜕膜发育不全或创伤性内膜缺陷的因素都可能导致其发生,在创伤性内膜缺陷中尤以前置胎盘和剖宫产史为最重要的高危因素。由于剖宫产术后切口周围子宫内层生长较其他部位差,肌层薄弱,肌层及瘢痕部位逐渐被纤维组织替代,弹性降低,孕囊一旦着床于此处,底蜕膜形成不佳,绒毛更易穿透子宫肌层,甚至浆膜层。国外文献报道剖宫产术后再次妊娠发生胎盘植入的风险是无剖宫产史的 35 倍^[1]。根据胎盘侵入子宫肌层的深度将胎盘植入分为 3 类:(1)粘连性胎盘:绒毛附着于子宫肌层,在胎盘植入中最为常见,约占 80%,根据其附着范围又可分为完全性与部分性粘连胎盘。(2)植入性胎盘:绒毛侵入部分子宫肌层约占 15%。(3)穿透性胎盘:绒毛侵入子宫肌层并穿透子宫肌壁直达浆膜,常造成子宫破裂,穿透子宫壁后附着于另一器官如膀胱约占 5%^[2-4]。该患者第一胎因前置胎盘有剖宫产史,具有发病的高危因素,再次怀孕分娩宫口开 6 cm,胎头位于 O 位,医生忽略了对其进一步检查,而考虑阴道分娩,延误了治疗,致使病情发展导致了弥散性血管内凝血的发生,对于植入性胎盘,虽然胎儿已娩出,产妇病情恶化,处于危险之中,又不能娩出胎盘导致大量出血,应及时行剖宫产术,术中发现胎盘完全植入子宫肌层,出血多且血不凝,出血不能控制时,则应输入新鲜血的同时行子宫切除术,该例患者经积极处理,子宫不收缩,出血多且出现凝血功能障碍,果断切除了子宫并积极纠正凝血功能障碍挽救了患者的生命。植入性胎盘以往的治疗以切除子宫为主,这对年轻患者造成严重的生理和心理负担。由于目前年轻患者都迫切要求保留子宫,为此除严重胎盘植入合并大出血或危及生命的产妇外,采取积极保守治疗也会收到满意效果。但注意在保守治疗前,一定要详细交有多次清宫或再次手术的可能性。完全性植入胎盘患者由于无阴道流血,给保守治疗提供了条件。因胎盘娩出后子宫收缩,血窦闭合,子宫胎盘间血循环中断,滞留宫腔内的胎盘组织失去血液供应,经过药物协同作用逐渐变性、萎缩及坏死脱落。而植入到子宫肌层的胎盘组织变性后逐渐被分解吸收,子宫逐渐复旧。因此提高对植入性胎盘的认识,产前诊断植入性胎盘,做好预防和抢救措施是十分必要的。

参考文献

- [1] Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentaion: twenty-year analysis[J]. Am J Obstet Gynaecol, 2005, 192:1458-1461.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,

2005;196-197.
2012,9(6):111-112.

[3] 张爱武,陈京芳. 胎盘植入 19 例临床分析[J]. 中国基层医药,2012,19(9):1373-1374.
(收稿日期:2012-07-22 修回日期:2012-11-12)

[4] 尹加芝. 胎盘植入 12 例治疗体会[J]. 中国医学创新,

恶性肿瘤患者淋巴细胞减少的观察与分析

克春红,王淑芳(辽宁省抚顺市第四医院 113003)

【关键词】 恶性肿瘤; 淋巴细胞; 免疫治疗

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 02. 069 **文献标志码:**B **文章编号:**1672-9455(2013)02-0249-01

恶性肿瘤的病因学、早期发现以及免疫治疗都是当今世界医学界重点探讨的课题之一。近年来国内外一些学者认为恶性肿瘤的发生发展与机体免疫功能的缺陷和降低有一定的相关性^[1]。淋巴系统具有免疫效应、免疫反应、体液免疫和激活的重要功能。本文通过对一些恶性肿瘤患者淋巴细胞(lym)减少的观察与分析,从一个侧面探讨肿瘤的发生发展,并对临床治疗提供一个参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从本院 1998~2011 年收治的各类恶性肿瘤病例中,依据世界卫生组织(WHO)的肿瘤 TNM 分期 I~IV 期随机抽取 450 例:肺癌 100 例,其中男 70 例,女 30 例;乳腺癌 100 例,其中男 2 例,女 98 例;大肠癌 100 例,其中男 60 例,女 40 例;食管癌 30 例,其中男 20 例,女 10 例;胃癌 30 例,其中男 20 例,女 10 例;肝癌 30 例,其中男 20 例,女 10 例;卵巢癌 30 例,均为女性患者;喉癌 30 例,其中男 20 例,女 10 例。

1.2 标准与方法 查阅和统计各种肿瘤、各临床分期病例的淋巴细胞临床检验的绝对值。淋巴细胞减少的标准:lym<0.8×10⁹/L。再计算各分期中淋巴细胞减少病例的淋巴细胞平均值设为 PD,即 PD<0.8×10⁹/L。

1.3 统计学方法 计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 *t* 检验,*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 恶性肿瘤早期(I 期)PD 淋巴细胞减少数量不显著,病例也只占 5%~10%,最多也不超过 20%,差异无统计学意义(*P*>0.05)(表 1)。

2.2 恶性肿瘤中期(II 期)及晚期(III、IV 期)PD(0.61~0.67)×10⁹/L 淋巴细胞数值减少明显,例数也增多,占 30%~60%。这表明淋巴细胞的减少与肿瘤分期的进展相关(表 1)。

表 1 450 例肿瘤患者 TNM 分期淋巴细胞减少统计[n(%)]

疾病	I			II			III、IV		
	<i>n</i>	PD	lym 减少	<i>n</i>	PD	lym 减少	<i>n</i>	PD	lym 减少
肺癌	20	0.8	1(5.0)	30	0.74	10(33.3)	50	0.66	25(50.0)
乳腺癌	20	0.75	1(5.0)	30	0.75	11(36.6)	50	0.67	25(50.0)
大肠癌	20	0.78	2(10.0)	30	0.69	12(40.0)	50	0.59	26(52.0)
食管癌	5	0.76	1(20.0)	10	0.71	5(50.0)	15	0.67	9(60.0)
胃癌	5	0.74	1(20.0)	10	0.67	4(40.0)	15	0.63	9(60.0)
肝癌	5	—	0	10	0.78	3(30.0)	15	0.69	7(46.0)
喉癌	5	—	0	10	0.79	3(30.0)	15	0.63	7(46.0)
卵巢癌	5	0.78	1(20.0)	10	0.74	4(40.0)	15	0.61	9(60.0)

3 讨论

各种恶性肿瘤发病早期(I 期),患者淋巴细胞检出绝对值减少及发生例数都不显著,只占 5%~20%,基本上无统计学意义。因此若着眼于恶性肿瘤病因学和早期发现还应从淋巴细胞形态学和生物化学方面深入研究。

随着肿瘤病情发展到中期(II 期)及晚期(III、IV 期)淋巴细胞检出绝对值 PD 在(0.67~0.54)×10⁹/L 减少明显,发生减少例数也明显增多,占 30%~60%。这表示到中晚期患者的淋巴细胞值越低降低患者的免疫功能就低下,恶性肿瘤发展转移就越严重,形成恶性循环状态^[2-5]。

从免疫学角度看,恶性肿瘤患者无论是先天性免疫缺陷,还是获得性免疫功能降低,在临床治疗上除了手术治疗和放疗、化疗之外,也不能忽视免疫及生物治疗^[6-7]。作者主张在发现和确诊的早期,就应在医生指导下使用纠正细胞基因缺陷免疫类药物或使用肿瘤疫苗类药物或抗体类药物以及过敏性细胞免疫治疗^[8]。总之,提升和激活淋巴系统免疫功能是恶性肿瘤综合治疗的重要环节。

参考文献

[1] 金伯泉. 医学免疫学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:1-284.

[2] 周文. 300 例肿瘤患者淋巴细胞减少的结果分析[J]. 中国肺癌杂志,2009,12(10):1128.

[3] 赵芳. 恶性肿瘤患者外周 T 淋巴细胞和 NK 细胞的检测及临床意义[J]. 中国社区医师:医学专业,2012,14(11): 289-290.

[4] 何文. 外周血 T 细胞亚群检测在恶性肿瘤中的应用[J]. 河南职工医学院学报,2012,24(3):327-328.

[5] 吕承刚,李永翔. 胃肠道恶性肿瘤患者 CD4⁺CD25⁺调节性 T 细胞的检测及意义[J]. 安徽医科大学学报,2012,47(7):817-820.

[6] 储以微,温锦娣,熊恩东. 淋巴细胞减少状态下肿瘤免疫格局改变及意义[J]. 中国肿瘤生物治疗杂志,2007,14(1):8-15.

[7] 刘艳艳,王东亮,张艳桥. 调节性 T 细胞与恶性肿瘤的过继免疫治疗[J]. 实用肿瘤学杂志,2012,26(2):173-177.

[8] 黄子贤,郭坤元. 肿瘤生物治疗的新模式-分子靶向-过继性细胞免疫治疗[J]. 中国肿瘤生物治疗杂志,2010,17(3):243-249.